

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N° 300

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert DELASTRE

Diplômé de l'Institut de Médecine coloniale de Paris
Interne à l'Hôpital Sadiki de Tunis
Né à Bagneaux-sur-Loing (Seine-et-Marne, le 3 août 1895)

L'Echinococcose en Tunisie

**Les kystes hydatiques
de la rate**

Président : M. P. DUVAL, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

45, RUE RACINE, 45

1927

008

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert DELASTRE

Diplômé de l'Institut de Médecine coloniale de Paris
Interne à l'Hôpital Sadiki de Tunis
Né à Bagneaux-sur-Loing (Seine-et-Marne, le 3 août 1895)

L'Echinococcose en Tunisie

**Les kystes hydatiques
de la rate**

Président : M. P. DUVAL, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

43, RUE RACINE, 43

1927



LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
Clinique ophtalmologique	{ GOSSET.
	{ TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	{ ROUVIÈRE.
	{ BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHAMPY Histologie.
 CHIRAY Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DUVOIR Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimental¹⁰
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER . . . Urologie.

MM.

HOVELACQUE . . . Anatomie.
 I. de JONG . . . Anatomie pathologique
 JOYEUX Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) . . . Chimie biologique.
 LARDENNOIS . . . Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LÉVY-SOLAL . . . Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU Pathologie chirurgicale
 METZGER Obstétrique.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 MULON Histologie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie.
 RICHEL Fils . . . Physiologie.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique
 VERNE Histologie.
 VELTER Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

GOUGEROT . . . Pathologie médicale
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.

MM.

RETTERER . . . Histologie.
 TANON Pathologie médicale.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

006

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY . . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE . Clinique médicale.
LEREBoullet. Clinique médicale in-
fantile.
LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.

LÉRI Clinique médicale.
LÉPER Clinique médicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale.
VILLARET . . Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR ELISABETH

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

LE SOUS-LIEUTENANT RENÉ DELASTRE

Mort pour la France

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE JEAN

A MON FRERE

A MES SOEURS

R. Delastre

I

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAUFFARD
MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN HALLÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR OETTINGER
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL
MONSIEUR LE DOCTEUR LEGRIS
MONSIEUR LE DOCTEUR ROBINEAU
MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE
MONSIEUR LE DOCTEUR LESNÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR CHABROL
MONSIEUR LE DOCTEUR KUSS
MONSIEUR LE DOCTEUR CLAISSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRUN

Chirurgien-Chef de l'Hôpital Sadiki de Tunis

Que notre maître trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a donné et la bienveillance qu'il nous a témoignée

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de Clinique chirurgicale
Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

L'Échinococcose en Tunisie

Les kystes hydatiques de la rate

INTRODUCTION

Parmi les maladies parasitaires, relativement peu fréquentes en France mais très répandues en Tunisie, l'échinococcose occupe sans conteste la première place et le nombre des kystes hydatiques constatés dans le milieu indigène s'explique aisément par les conditions générales du développement de la maladie hydatique si parfaitement identifiée par Blanchard : « Partout où le Chien et les Ruminants, spécialement le Mouton, qui sont les hôtes nécessaires du cycle évolutif du *Tenia Echinococcus*, se trouvent en présence de l'homme, celui-ci peut-être envahi par les Echinocoques ».

Par de nombreux travaux ou statistiques, de fréquentes communications aux sociétés médicales, les médecins tunisiens ont apportés des précisions sur cette maladie contre laquelle il est si difficile de lutter dans une population qui comprend mal l'évolution compliquée du *Tenia Echinococcus*. Il y plus de vingt ans, le Dr Brunswick Le Bihan signalait la fréquence des opérations qu'il pra-

tiquait à l'Hôpital Sadiki pour des kystes hydatiques ; cette fréquence n'a fait qu'augmenter, non pas nous semble-t-il, que l'échinococcose ait pris une plus grande extension, mais parce que, de plus en plus, les indigènes rendent le plus bel hommage à la chirurgie en acceptant l'intervention qui leur est proposée.

Est-ce à dire que tous les cas de kystes hydatiques soient vus et opérés ? Nullement, car, le fatalisme aidant, les malades, souvent, ne viennent consulter que lorsque leur kyste ou leurs kystes sont devenus trop volumineux et gênants ou douloureux, ou bien parce qu'un hasard, une autre maladie ou un amical conseil les amène à l'hôpital ; d'autre part, quelques-uns ne comprenant pas encore tout le bienfait qu'il peuvent retirer d'une intervention chirurgicale simple et sans danger demandent seulement un médicament, persuadés que la thérapeutique pharmaceutique peut tout, et retournent chez eux, porteurs de leurs kystes. Ce qui rend impossible l'établissement d'une statistique de l'Echinococcose humaine en Tunisie.

Du moins, le nombre maintenant important des cas opérés permet de se rendre compte des localisations les plus fréquentes de la maladie hydatique. Si les kystes du foie tiennent ici comme partout de beaucoup la première place, ceux de la rate viennent, dans les statistiques de l'Hôpital Sadiki, au troisième rang.

Nous n'avons pas l'intention de refaire ici une étude générale des kystes hydatiques de la rate déjà décrits par les auteurs classiques et étudiés dans différents travaux ; nous avons voulu seulement indiquer comment

ils se présentent à nous dans le milieu indigène tunisien et, à cette occasion, exposer le résultat de recherches récentes sur les kystes hydatiques en général.

ÉTIOLOGIE

La Tunisie réalise au maximum les conditions indiquées par Blanchard pour le développement de l'échinococcose ; pays d'élevage du mouton par excellence et, comme chez tous les peuples vivant en pasteurs et en nomades, les chiens y sont nombreux. Ce ne sont pas comme on pourrait le supposer des chiens de troupeaux ; jamais on ne voit en Tunisie de ces chiens de bergers attentifs et vigilants, circulant sans cesse autour du troupeau et ramenant aussitôt le mouton qui s'éloigne ; ce sont des chiens kabyles gardiens et compagnons du maître, qui semblent se désintéresser du bétail qu'ils suivent. « Quiconque voyage en Tunisie, écrivait Lauriol ne manque pas d'être frappé du grand nombre de chiens qui rôdent autour des villages et des douars, chiens kabyles au pelage couleur de sable, à demi sauvages et toujours affamés. » Les chiens, continuellement au voisinage de troupeau que les épidémies ou les conditions atmosphériques déciment, les bédouins vivant avec leurs chiens dans une promiscuité quasi familiale expliquent au nouveau venu, en un tableau caractéristique, la fréquence des kystes hydatiques.

Le mouton et le chien ne sont d'ailleurs pas les seuls responsables de l'évolution de cette maladie.

HOTES INTERMÉDIAIRES.

Le P^r Dévé, dans son *Enquête sur l'Echinococcose en Tunisie*, et Lauriol, dans sa thèse, ont indiqué les proportions d'animaux malades parmi le bétail tunisien. D'après leurs conclusions et tenant compte de ce fait que les animaux jeunes : agneaux et veaux, sont rarement parasités, le bœuf donnerait un pourcentage plus élevé que le mouton : 100 % pour le bœuf contre 20 à 66 % suivant les régions pour le mouton. Cette proportion élevée chez le bœuf semble se rencontrer rarement en dehors de la Tunisie si l'on observe les statistiques données dans la thèse de Maillard ; dans la plupart des pays, le mouton est en effet plus atteint que le bœuf.

On s'accorde à reconnaître que la chèvre semble plus réfractaire au tænia échinocoque ; elle ne serait pasasitée que dans la proportion de 9 à 16 % quoique vivant exactement dans les mêmes conditions que le mouton et paissant côte à côte avec lui.

Le porc, qui tient dans certains pays une place importante parmi les hôtes intermédiaires, n'entre pas ici en ligne de compte. Le Coran en interdit la consommation et sa chair est « haram » (maudite) ; aussi est-il, en Tunisie, d'une grande rareté, élevé seulement par quelques colons européens.

La même remarque peut être faite au sujet du sanglier qui prospère dans certaines régions montagneuses ; si l'arabe le chasse volontiers c'est uniquement par goût de la chasse ou du profit qu'il peut retirer de sa vente,

L'*ane* et le *cheval* sont rarement parasités et, jamais abattus, sauf en cas de force majeure, ne meurent que de maladie ou de vieillesse ; mais il faut bien tenir compte de ce fait que, dans le bled ou au long des routes, la bête morte n'est jamais enterrée, demeure là où elle est tombée et que ses viscères font aussitôt les délices des chiens kabyles ou des chacals.

Reste le *chameau* dont certains sont très friands ; les régions de Kairouan, de Sfax en font une grande consommation et M. Schweitzer a relevé à Sfax une proportion de 60 % d'animaux parasités. Cette étiologie, spéciale à l'Afrique du Nord, n'est donc pas négligeable.

HOTES DÉFINITIFS.

Il est impossible d'établir une proportion des *chiens* parasités. A Tunis et dans les principales villes les mesures de déclaration sont observées, il n'y a pas de chiens errants et le chien de luxe, de garde ou de chasse des citadins est nourri rationnellement ; mais il ne peut en être de même dans le bled où les chiens, suivant maîtres et troupeaux, vont du nord au sud et de l'est à l'ouest d'après les saisons et l'état des pâturages ; le bédouin s'inquiète peu de la nourriture de ses chiens ; s'il tue un mouton il leur en abandonnera peut-être quelques viscères, spécialement ceux qui contiennent des « boules d'eau » et l'affamé cherchera au hasard un supplément de nourriture. Si l'on pense également aux chiens errants, sans maître, presque revenus à l'état sauvage, on se rend compte que la proportion d'animaux parasités doit être fort élevée.

Le rôle du « chien d'abattoir », important en France, prend ici un tout autre aspect : sauf dans les quelques villes, où existe un abattoir régulier et surveillé, tout chien peut avoir l'occasion de happer les débris parasités que jettera un bouchier improvisé.

La question s'est posée, il y a déjà longtemps, de savoir si le *chat* pouvait être considéré comme vecteur de l'Echinococcose. Dévé, qui a particulièrement étudié la question et réalisé des expériences d'infestation, est arrivé à un résultat positif — ainsi que Barbagallo et Wernicke — et pouvait écrire dans son *Enquête sur l'Echinococcose en Tunisie* : « Le carnassier essentiellement domestique qu'est le chat est un hôte éventuel du redoutable parasite ». Il voit deux sources d'infestation : à la maison, à l'abattoir et conclue : « sans doute il s'agit là d'une source d'infestation circonscrite — elle reste à peu près limitée aux chats du voisinage de l'abattoir — et qui vraisemblablement ne tient qu'une place bien restreinte dans l'étiologie de l'Echinococcose tunisienne. Elle ne devra cependant pas être négligée dans la prophylaxie, d'autant moins que c'est l'homme qu'elle menace spécialement. »

Qu'il nous soit permis d'insister sur le rôle que peut jouer le chat en Tunisie dans la transmission de l'Echinococcose et particulièrement à Tunis. Dans le bled, sous la tente, l'arabe ne s'en encombre pas car il lui serait inutile au cours de sa vie errante, mais dans les douars, ou les petits villages on le trouve souvent et sa nourriture est la même que celle du chien ; de plus il n'est pas rare de rencontrer, loin de toute agglomération, des chats, autre-

fois domestiques, vivant, selon toutes les apparences, de chasse et de rencontres de hasard.

A Tunis, il semblerait tout d'abord que, seul, le « chat d'abattoir » est exposé aux risques de la contagion ; mais il faut tenir compte de ce fait que les mœurs du chat dans cette ville diffèrent profondément de celles qu'il a en France. Si on a pu dire que Constantinople était la ville des chiens, on pourrait dire également que Tunis est la ville des chats ; ceux qui ont un domicile fixe, une maison et un maître sont l'infime minorité parmi la multitude qui prospère dans la ville arabe en toute liberté. Les indigènes ont en effet pour les chats une dilection toute particulière et celui qui se hasarderait à en tuer ou à en frapper serait vu d'un fort mauvais œil. Dans les rues, sur les terrasses vit tout un peuple indépendant cherchant sa nourriture au hasard. A quelque heure de nuit qu'on parcoure les rues silencieuses de la ville arabe on rencontre à chaque tournant, auprès de chacun des nombreux tas d'ordures, une ou plusieurs paires d'yeux luisant dans la pénombre ; aujourd'hui ici, là demain, pourchassés par les enfants ou par les chiens gardiens des terrasses, les chats parcourent toute la ville dans les rues ou sur les maisons ; s'ils connaissent l'abattoir ils y reviendront parfois mais emporteront peut-être des œufs de Tœnia à l'autre bout de la ville.

Il est aussi une coutume particulière qui favorise à Tunis la contamination des chiens et des chats. Si, au cours de l'année, toutes les viandes consommées passent par l'abattoir, il y a cependant un jour d'exception : c'est la fête de l'Aïd el Kebir pour laquelle chaque famille se

doit de sacrifier un ou plusieurs agneaux, suivant sa fortune. Les bêtes jeunes sont parasitées dans une faible proportion, mais bien souvent, au lieu d'agneaux, on sacrifie des moutons ; c'est par milliers qu'ils sont tués en un jour dans tous les coins de la ville. C'est jour de ripaille pour les chiens et les chats mais combien de scolex doivent-ils ingérer !

À côté du chien et du chat il faut réserver une place au *chacal*, mais la documentation est, à ce sujet, difficile et on sait seulement que le *canis aureus* peut être porteur de *Tænia*. « N'est-il pas surprenant, écrit Devé, que les zoologistes, les vétérinaires et les médecins de l'Afrique du Nord n'aient pas, depuis plus de 50 ans, songé à vérifier le fait et qu'ils ne se soient pas attachés à rechercher la part qui peut revenir — qui revient à coup sûr — au chacal dans l'étiologie de l'échinococcose nord-africaine ? » La raison nous semble assez simple : le chacal est, parmi la faune nord-africaine, un des animaux les plus difficiles à tuer ou à capturer ; aussi rusé que le renard de France, doué d'un odorat, d'une vue et d'une ouïe très délicats, il ne se laisse pas approcher, continuellement en éveil et fuyant au moindre bruit ; au cours de chasses ou d'excursions dans différentes régions nous n'en avons vu que rarement et toujours hors de portée de fusil. Ayant tenté d'élever un chacal, capturé tout jeune, nous avons été à même de nous rendre compte de son naturel craintif et nous nous sommes ainsi expliqué pourquoi, dans un pays où ce grand destructeur de moutons devient par endroits presque une calamité, il est si difficile de capturer et d'autopsier assez de sujets pour en faire une étude. Ajou-

tons que notre jeune animal, pris à l'âge d'un ou deux mois, n'avait eu aucune chance d'être contaminé et que, pour cette raison, nous n'avons fait sur lui aucune recherche.

Mentionnons aussi, mais plutôt pour mémoire, la *hyène* au sujet de laquelle Dédé pose une hypothèse qui n'a pu encore être contrôlée ; elle est rare en Tunisie et ne se rencontre guère que dans le Sud.

La *panthère*, de plus en plus rare, n'existe maintenant que dans les forêts de Kroumirie où l'élevage n'est pas pratiqué et elle vient d'Algérie.

CONDITIONS FAVORISANT LE DEVELOPPEMENT DE L'ECHINOCOCCOSE

PROFESSION

En Tunisie l'échinococcose est, beaucoup moins qu'en France, l'apanage de certaines professions et surtout dans la population indigène — celle qui nous intéresse particulièrement — tous ou presque peuvent être atteints. Les chiens dans le bled, les chats à Tunis, transportent le *tœnia* à n'importe qui. A Tunis, on a invoqué le rôle des champs d'épandage ; théoriquement on ne doit, y cultiver que des légumes à consommer cuits et, s'ils présentaient un danger, il s'étendrait à toute la population, sans distinction de profession.

Braquehayé écrivait : « Chez les Européens et les Israélites, je n'ai trouvé aucun malade ayant une profession prédisposant aux kystes hydatiques : ni boucher, ni marchand de bestiaux, ni employé d'abattoir. » Dévé cite deux cas contraires : un surveillant d'abattoir et un boucher opérés à Tunis pour kystes hydatiques.

Peut-être certaines professions sont-elles plus exposées, mais aucune n'est à l'abri et, tout récemment, un de nos confrères, en Tunisie depuis deux ans, a été opéré d'un kyste de la rate et est encore porteur d'un kyste du poumon.

D'autres conditions semble avoir une importance plus grande :

AGE

Les kystes hydatiques sont rares dans les premières années et le cas cité par Rudelle d'Agen, qui a trouvé un kyste hydatique de la rate chez un enfant de 13 mois, doit être exceptionnel.

Les statistiques varient un peu d'un pays à l'autre au sujet de l'âge où les kystes sont le plus fréquemment rencontrés :

Celles de Vegas et Cranwell placent la plus grande fréquence de l'échinococcose entre 21 et 30 ans. En Tunisie, Brequehay, sur 77 cas, trouvait en 1922 le maximum entre 31 et 40 ans avec 23 cas. Lauriol, en 1923, sur 163 cas, cite le chiffre le plus élevé : 54 cas, entre les mêmes âges.

Nous avons relevé l'âge de 215 malades opérés à l'Hôpital Sadiki pour kystes hydatiques et nous avons trouvé :

Jusqu'à 10 ans.	0 cas.
De 10 à 15 ans.	12 cas.
De 15 à 20 ans.	13 cas.
De 20 à 25 ans.	18 cas.
De 25 à 30 ans.	38 cas.
De 30 à 35 ans.	26 cas.
De 35 à 40 ans.	27 cas.
De 40 à 45 ans.	31 cas.
De 45 à 50 ans.	47 cas.
De 50 à 55 ans.	16 cas.
De 55 à 60 ans.	4 cas.

De 60 à 65 ans.	10 cas.
De 65 à 70 ans.	1 cas.
De 70 à 75 ans.	1 cas.
De 75 à 80 ans.	0 cas.
A 80 ans.	1 cas.

La plus grande fréquence se rencontre donc à l'âge moyen de la vie et ces statistiques de Tunisie s'écartent peu de celles des auteurs argentins. Par contre, elles sont beaucoup plus faibles que celles de Vegas et Granwell jusqu'à vingt ans. Pour quelle raison ? Les circonstances de contamination sont les mêmes en Argentine et en Tunisie et les enfants y vivent de même en contact avec les chiens. « Le grand nombre de kystes opérés chez les enfants en Argentine, écrit Dévé, tient probablement aussi à ce que les cliniciens argentins, ayant l'attention attirée sur cette maladie, la dépistent plus tôt » ; mais en Tunisie, nous y pensons de même continuellement. Il faudrait donc tenir compte de ce fait que les arabes remettent souvent à plus tard de faire soigner une maladie tant qu'elle n'est pas gênante et penser avec Dévé que « un grand nombre des kystes qu'on diagnostique et qu'on opère chez l'adulte remontent bien probablement au jeune âge. »

SEXE

Suivant les pays et les races, la proportion des kystes chez les hommes et chez les femmes est variable. Finsen donne 73 hommes pour 172 femmes ; Vegas et Granwell 490 pour 480. Braquehay, à l'Hôpital civil français de

Tunis : 16 hommes pour 14 femmes. Mais, dans la population indigène de Tunisie, le nombre des femmes atteintes est de beaucoup supérieur à celui des hommes. Lauriol cite 53 femmes pour 41 hommes. Sur 228 kystes hydatiques opérés à l'Hôpital Sadiki du 1^{er} janvier 1919 au 15 avril 1927 nous trouvons 133 femmes pour 95 hommes. Cette différence tient manifestement au genre d'existence de la plupart des femmes arabes qui vivent au ras du sol, en contact permanent avec les chiens et les chats.

Aucune autre hypothèse ne peut être retenue et le rôle du traumatisme, d'ailleurs rejeté à l'heure actuelle, ne saurait s'appliquer à la femme arabe : elle ne porte pas de corset, les travaux du ménage ou des champs ne produisent pas de traumatisme répété. D'ailleurs les localisations les plus fréquents sont, chez elle comme chez l'homme, des organes normalement bien protégés : foie, poumon, rate, rein.

FREQUENCE DES KYSTES HYDATIQUES DE LA RATE

Les kystes hydatiques de la rate viennent, ainsi que nous le disions au début de cette étude, au troisième rang dans les statistiques de l'Hopital Sadiki, Nous trouvons en effet sur 228 cas de kystes :

- 151 kystes du foie, soit une proportion de 66,23 %
- 12 kystes des poumons, soit une proportion de 5,26 %
- 9 kystes de la rate, soit une proportion de 3,09 %.
- 5 kystes des reins, soit une proportion de 2,19 %.

M. Brun, dans sa statistique personnelle englobant les cas qu'il a opérés chez les européens et chez les arabes, compte sur 250 kystes :

- 167 kystes du foie, soit une proportion de 66,8 %.
- 20 kystes des poumons, soit une proportion de 8 %.
- 10 kystes de la rate, soit une proportion de 4 %.
- 5 kystes des reins, soit une proportion de 2 %.

Dévé donne la proportion suivante :

Foie.	74,9 %.
Poumons	8,5 %.
Rate.	2,3 %.
Rein.	2,1 %.

Si nous ne tenons pas compte des localisations muscu-

lares, nombreuses mais sans lieu d'élection déterminé, nous pouvons donc dire que la rate est un des organes les plus touchés par l'échinococcose. Pour quelle raison ? On ne peut parler d'électivité puisqu'il est établi que l'embryon hexacanthé est emporté passivement par le torrent circulatoire jusqu'à son siège définitif (Dévé). Et il semble bien qu'il s'agisse là d'une question de courant sanguin : la rate, véritable éponge, est sujette à des modifications de volume, dilatations et serrements spontanés ou provoqués par la course, la digestion et les diverses influences qui agissent sur la circulation des viscères intraabdominaux ; la veine splénique étant dépourvue de valvules peut être considérée comme un diverticule de la circulation portale et ainsi particulièrement bien exposée à l'infestation.

Il n'est pas sans intérêt de remarquer que le kyste hydatique de la rate est fréquemment trouvé en même temps qu'une autre localisation. Plusieurs auteurs en ont communiqué des observations notamment M. Michon et M. Bazy qui, en 1909, signalaient à la Société de Chirurgie deux kystes hydatiques de la rate coexistant avec un kyste du poumon d'une part, un kyste du foie d'autre part. Parmi les 9 cas de kyste de la rate que nous avons recueillis à l'Hôpital Sadiki, un était accompagné d'un kyste du foie, un autre d'un kyste du mesocôlon transverse. Un troisième était trouvé en même temps que des kystes multiples du péritoine, mais nous estimons qu'il s'agit plutôt dans ce cas d'une des complications que nous envisagerons ultérieurement. D'autre part, nous signalions que chez notre confrère opéré récemment, un kyste du poumon coexistait avec un kyste de la rate.

S'agit-il dans ces cas de deux kystes primitifs évoluant simultanément ou faut-il voir ici des cas d'échinococcose secondaire suivant le mécanisme de la fissuration du kyste primitif admise par Dévé ? Les deux hypothèses sont plausibles, mais, chaque fois, les deux kystes ayant été découverts simultanément, il est difficile de trancher la question ; dans les seuls cas de kyste complexe rencontré en même temps qu'un kyste uniloculaire on peut attribuer au premier une plus grande ancienneté, mais sans affirmer qu'il est l'origine du second, produit possible d'une seconde infestation.

SYMPTOMATOLOGIE CLASSIQUE

Il nous est apparu, à la lecture des traités classiques, au sujet des kystes hydatiques en général et des kystes de la rate en particulier, que, devant la richesse de symptomatologie qu'on leur accorde d'une part, devant l'affirmation que les réactions biologiques ne seront jamais en défaut d'autre part, leur diagnostic est absolument certain.

Que nous enseignent en effet les auteurs classiques ? Tous les symptômes y sont décrits avec un grand luxe de détails, tous mis sur le même pied d'égalité et, pour compléter la question, aucun des signes, même reconnus inexacts par la suite, n'est oublié. En réalité, lorsqu'on se trouve devant un cas clinique, on est étonné de ne plus rien trouver de cette belle et si abondante symptomatologie.

Les petits signes de début : dégoût des graisses, de Dieulafoy, nausées, vomissements, diarrhée post-prandiale, de Bouilly n'existent pas. Les épistaxis, les névralgies intercostales, la douleur au niveau de l'épaule n'ont rien de caractéristique ; l'urticaire est rare et Dévé le considère comme « toujours lié à une rupture de la vésicule parasitaire » ce qui l'exclut des signes de début. Aucun signe fonctionnel ne permet d'affirmer l'existence d'un kyste à son début.

Les signes physiques habituellement décrits, en dehors de ceux communs à toutes les tumeurs : le flot transthoracique, de Chauffard, le signe de Santini, sont inconstants. Quant au frémissement hydatique, de Blatin et Briançon, s'il est vraiment pathognomonique, il est malheureusement très rare et ne semble être réalisé que dans certaines conditions. D'après Davaine, il faut : la superficialité du kyste, une grande élasticité de la paroi, une liquide fluide et soumis à une tension moyenne. Briançon pensait que la présence de vésicules-filles est nécessaire. Actuellement on s'accorde à reconnaître que « dans la règle, le frémissement indique la présence de vésicules-filles nombreuses dans la cavité kystique » (Dévé). Le seul cas où nous ayons rencontré le frémissement hydatique était un kyste complexe du foie, situé très superficiellement sous une paroi très mince. C'est donc un élément de diagnostic auquel il ne faut pas trop s'attacher, les formes kystiques étant beaucoup plus nombreuses que les formes vésiculaires.

Dans les kystes de la rate on a décrit : La douleur irradiée à l'épaule gauche et à la cuisse, les signes d'épanchement pleural et de compression thoracique.

Trinkler a signalé l'impossibilité du décubitus latéral gauche et Martin la persistance d'une zone de sonorité le long de la colonne vertébrale sauf en cas de kyste à développement pancréatico-splénique.

EXAMENS DE LABORATOIRE.

Jusqu'à ces dernières années on attachait une grande importance aux réactions biologiques et on espérait que le

laboratoire permettrait presque à coup sûr de faire le diagnostic de kyste hydatique. On s'est attaché tour à tour à l'Eosinophilie, à la Précipito-réaction de Fleig et Lisbonne, à la réaction de Fixation du complément de Weinberg, à l'Intradermoréaction de Casoni.

Au Congrès de Chirurgie de 1910, Abadie d'Oran terminait une communication en disant : « D'après notre pratique, nous sommes donc convaincus que la réaction de Fleig et Lisbonne ou précipito-diagnostic de l'échinococcose se présente avec une valeur scientifique, une constance de résultats est une commodité de technique qui en font, jusqu'à nouvel ordre, le procédé de laboratoire le plus pratique pour le diagnostic biologique des kystes hydatiques ».

La réaction de Weinberg avait soulevé plus d'enthousiasme encore ; Lejars pouvait dire à la Société de Chirurgie en 1909 : « Je la tiens pour un moyen de diagnostic absolument certain ».

Plus récemment on a cru pouvoir attacher une grande importance à l'intra dermo-réaction de Casoni qui semblait devoir être toujours positive en cas de kyste hydatique.

L'éosinophilie a été quelque temps considérée comme la base possible d'un « hémodiagnostic » de l'échinococcose mais la multiplicité des cas où l'éosinophilie se rencontre en dehors des kystes hydatiques lui ôte toute son importance.

Toutes ces méthodes ont été successivement battues en brèche et, à l'heure actuelle, les statistiques montrent qu'elles ne donnent pas ce qu'on avait cru pouvoir attendre d'elles.

CLASSIFICATION

Dieulafoy distinguait trois variétés de kystes hydatiques de la rate :

Le kyste central, « intra-splénique ».

Le kyste prenant naissance non loin de la surface et « s'extériorisant » ensuite.

Le kyste se développant soit dans le hile, soit dans la capsule, « juxta-splénique », et, suivant le point où se développait l'une ou l'autre de ces localisations, il les classait en type ascendant et type descendant.

Au point de vue pratique il nous semble plus rationnel d'adopter la classification de Martin qui distingue :

Les kystes antérieurs ou gastro-spléniques, les plus fréquents.

Les kystes postérieurs ou pancréatico-spléniques, caractérisés essentiellement par les rapports avec les vaisseaux spléniques qui peuvent adhérer à la paroi du kyste (Monprofit), avec la queue du pancréas à laquelle ils adhèrent et qu'on peut être obligé de sectionner (Monprofit).

Les kystes supérieurs, adhérents au lobe gauche du foie et au diaphragme qu'ils refoulent et qu'ils peuvent perforer (Guérin).

Les kystes inférieurs, caractérisés par leurs connexions intestinales (intestin grêle et coude gauche du côlon).

Les kystes pariétaux.

OBSERVATIONS

Nous avons relevé les observations de 9 kystes hydatiques de la rate opérés à l'Hôpital Sadiki depuis 1919. Pour certains, les antécédents n'ont pu être exposés d'une façon détaillée et les réactions biologiques ont manqué ; mais il faut tenir compte de deux causes qui rendent parfois ardue la tâche du médecin et du chirurgien dans le milieu indigène : Les arabes et particulièrement les femmes sont rarement capables d'enchaîner une suite d'antécédents pathologiques et leurs réponses à l'interrogatoire sont le plus souvent si inattendues, si contradictoires qu'on est obligé de n'en pas tenir compte ; d'autre part, beaucoup, venant à l'hôpital pour y accepter une intervention, entendent être opérés au plus vite et, trouvant trop long le temps de pratiquer les recherches biologiques qu'ils ne comprennent pas, veulent partir si on ne satisfait pas leur hâte. Force est donc, pour leur plus grand bien, de pratiquer rapidement l'intervention.

OBSERVATION I

Lalouma b. K. . . , 30 ans. Originaire de La Manouba.

Présente au niveau de l'hypocondre gauche une tumeur volumineuse, rénitente et mate.

Mauvais état général.

Opérée le 31 août 1920 : Laparotomie médiane. A l'ouverture de l'abdomen on constate des lésions de péritonite tuberculeuse.

La tumeur de l'hypocondre gauche est constituée par un énorme kyste de la rate développé aux dépens de sa face interne et venant écarter les deux feuillets gastro-spléniques.

Un décollement colo-épiploïque permet de constater que le kyste par son pôle inférieur passe au-dessous de la queue du pancréas qu'il soulève complètement.

Il existe un autre kyste qui semble développé dans le mésocôlon transverse. Ce dernier, soulevé entre les différentes anastomoses des artères du mésocôlon transverse, est incisé ; il renferme un liquide légèrement citrin et une membrane de l'aspect de marmelade d'orange, qui est évacuée.

Ce kyste vidé, on s'attaque au premier ; on est obligé de traverser une lame de tissu splénique qui saigne abondamment ; de ce kyste il s'échappe d'abord du liquide légèrement rosé et enfin on arrive à extraire la membrane, de couleur marmelade d'orange.

Une des veines gastro-épiploïques saigne et est liée difficilement. On fait un tamponnement par une mèche et on ferme la paroi en un seul plan aux doubles crins.

L'état général s'altère les jours suivants ; la malade meurt le 6 septembre.

OBSERVATION II

Hadda... ; 50 ans. Originaire de Mateur.

La malade vient consulter pour une volumineuse tumeur

débordant sous les fausses côtes gauches ; cette tumeur est indolore et, seul, son volume a attiré l'attention de la malade.

Opérée le 23 janvier 1922 : A l'ouverture de la paroi on trouve un volumineux kyste hydatique de la rate.

Ponction aspiratrice. Formolisation Incision.

Le kyste est simple. Ablation de la membrane,

Suture de la poche au catgut.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires parfaites.

OBSERVATION III

Mohamed b. E. . . , 60 ans. Originaire de Gabés.

Paludéen, avec accès légers.

A contracté la syphilis il y a deux ans.

Depuis deux ans le malade a constaté l'apparition dans le flanc gauche d'une tumeur qui a augmenté de volume petit à petit jusqu'à remplir tout l'hypocondre. Cette tumeur, habituellement indolore, devient douloureuse à la suite d'efforts et les douleurs s'irradient dans le creux épigastrique et même jusqu'à l'hypocondre droit.

Constipation habituelle ; pas de troubles gastriques.

A l'examen : On constate une tumeur remplissant tout l'hypocondre gauche, légèrement douloureuse à la palpation, molle et mobile, grosse comme deux poings.

Opéré le 14 mars 1924 : Incision transversale haute, donnant un très grand jour sur tout l'étage supérieur de l'abdomen. On trouve un kyste hydatique du foie développé à la

partie antéro-inférieure et un kyste hydatique de la rate du volume d'une tête de fœtus.

Les deux kystes sont ponctionnés, ouverts, évacués de leur contenu qui consiste en de nombreuses vésicules filles et petites-filles et très peu de liquide hydatique. La membrane-mère des deux kystes est en partie décomposée et présente un aspect gélatiniforme.

Formolage et fermeture des 2 kystes par surjets au catgut.

Formeture de la paroi en trois plans.

Le malade meurt de dilatation aiguë de l'estomac.

OBSERVATION IV

Mabrouka b. A..., 30 ans. Originaire de Béja.

Il y a six mois la malade a vu apparaître au niveau de la région hypocondriaque gauche une tumeur, indolore au début et qui, depuis quelque temps, lui donne une sensation de gêne et d'oppression dans la région épigastrique.

Pas de troubles gastriques, digestion normale.

A l'examen : On constate une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, siégeant en avant au niveau de la région hypocondriaque gauche et semblant émerger sous le rebord costal.

On perçoit un ballotement d'avant en arrière.

Opérée le 17 mai 1924 : Incision transversale gauche. On tombe sur un kyste du pôle inférieur de la rate.

Ponction. Formolisation. Ouverture. Il s'agit d'un kyste simple.

Evacuation de la membrane, résection d'une partie de la poche.

Fermeture du kyste par enfouissement.

Fermeture de la paroi en trois plans.

La malade sort guérie le 2 juin.

OBSERVATION V

Hadda b T..., 35 ans. Originaire de Tébourba.

La malade donne des renseignements peu précis sur le début de l'évolution de sa maladie. Elle a remarqué depuis plus de six mois qu'elle maigrissait de jour en jour ; en même temps elle voyait apparaître une tumeur au niveau de l'hypocondre gauche. Une application de pointes de feu n'avait apporté aucune amélioration à son état.

A l'examen : Mauvais état général. La rate est énorme, de la grosseur d'une tête d'adulte, pseudo-fluctuante. On constate de plus, à la palpation de l'abdomen, l'existence de plusieurs tumeurs qui sont très mobiles et ne paraissent pas dépendre des organes génitaux.

La température oscille entre 37 et 38°,3

Opérée le 13 février 1925 : Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale.

La rate, énorme, est coiffée par une partie de l'épiploon qui lui est adhérent sur une surface large comme une pièce de 5 francs. On cherche à libérer cette adhérence, mais il s'échappe alors à ce niveau du pus qui vient de l'intérieur de la rate. Il s'agit d'un kyste suppuré

On pratique une splénectomie rendue assez difficile par l'existence de très nombreuses adhérences inflammatoires.

Mèches au niveau du dôme diaphragmatique.

Trois kystes siégeant dans l'épiploon sont enlevés,

Fermeture de la paroi aux doubles crins.

La malade meurt le 14 de péritonite.

OBSERVATION VI

Salah b. A. ..., 35 ans. Originaire de Souk el Arba.

Depuis quatre ans développement lent et progressif d'une tumeur occupant l'hypocondre gauche sans provoquer de troubles fonctionnels.

On perçoit au-dessous des dernières côtes gauches une tumeur du volume du poing, arrondie, régulière, dont la matité se continue avec celle de la rate qui est hypertrophiée et n'est pas recouverte par la sonorité du côlon. Elle est mobile surtout transversalement, mais descend également pendant les inspirations fortes ; elle donne le contact lombaire.

L'absence d'antécédents urinaires fait écarter l'hypothèse d'hydronéphrose et adopter le diagnostic de kyste hydatique de la rate.

Intervention le 12 octobre 1925 : Syncope blanche aux premières inhalations de chlorure d'éthyle donné goutte à goutte.

La vérification montre un kyste hydatique de la rate.

OBSERVATION VII

Malbrouka M., 25 ans, El Djem.

La malade vient à l'hôpital pour une tumeur de l'hypocondre gauche apparue depuis longtemps et ayant augmenté de volume lentement et progressivement.

A l'examen : Volumineuse tumeur, du volume d'une tête de fœtus, mate, débordant sous le rebord costal gauche. Elle est mobile avec les mouvements respiratoires, peu mobile transversalement et ne donne pas le contact lombaire.

Opérée le 19 avril 1926 : Incision transversale gauche. On trouve un kyste hydatique développé au niveau du pôle inférieur et de la face interne de la rate. Le kyste est complexe et doit être évacué à la cuiller. La paroi kystique est très rigide et très épaissie.

Après formolage et résection partielle de la poche on ferme le kyste par deux surjets au catgut n° 3 et on fixe le dernier surjet à la paroi.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Sortie guérie le 3 mai.

OBSERVATION VIII

Fatma b. M., 20 ans. Originaire de Djebel Oust.

Entrée à l'hôpital pour une tumeur de l'hypocondre gauche apparue depuis longtemps et n'ayant été accompagnée au début d'aucun trouble. Cette tumeur a grossi progressivement, provoquant seulement une gêne après les repas.

Très bon état général.

A l'examen : on constate dans l'hypocondre gauche une tumeur du volume d'une petite tête d'adulte, mate, indolore. Elle est mobile avec les mouvements respiratoires, mais non transversalement et ne donne pas de ballottement lombaire.

Opérée le 24 avril 1926 : Laparotomie transversale sur la tumeur.

On trouve un kyste du pôle inférieur de la rate, recouvert par le côlon transverse et l'angle cœlique gauche qui lui est adhérent ; on le décolle légèrement pour pouvoir aborder la coque du kyste.

Ponction et aspiration. Formologe. Incision de la coque qui a un demi-centimètre d'épaisseur et est très dure. Il s'agit d'un kyste simple. Ablation de la membrane hydatique.

Devant l'impossibilité d'invaginer la paroi du kyste à cause de sa rigidité on la suture par un surjet au catgut 3 que l'on recouvre d'épiploon et dont on fixe un chef dans l'incision de la laparotomie.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Sortie guérie le 3 mai.

OBSERVATION IX

Latija b. M. 60 ans. Originaire de Kalaa Kebira

Malade depuis deux ans. Apparition dans la moitié gauche de l'abdomen d'une tumeur qui a grossi petit à petit. Elle a actuellement le volume d'une tête d'enfant, est rénitente, bosselée et indolore à la palpation. La malade a constaté un amaigrissement notable ; elle se plaint de digestions difficiles et de constipation.

Pas de troubles urinaires.

On trouve une rate énorme, déformée par plusieurs bosselles dont la principale occupe la face antéro-interne de l'organe et qui sont constituées par un kyste hydatique.

Ponction au trocart et à l'aspirateur qui ne ramène rien ; il s'agit donc d'un kyste complexe dont les vésicules viennent

obturer le trocart. Incision de la poche kystique ; évacuation, à l'aide de la cuiller, de 3 litres de vésicules pleines ou flétries. Formolisation de la poche. Assèchement à l'aide d'une grande compresse.

Réunion des lèvres de l'incision faite sur la poche par un surjet au catgut 3.

Point isolé inférieur destiné à fixer la rate à la paroi abdominale. Fermeture de la paroi en trois plans.

Sortie guérie le 6 avril.

Nous avons relevé également une observation de Zwirn qui nous a paru intéressante étant donné qu'il s'agit d'un kyste suppuré de la rate traité par la fermeture primitive.

Mme A. G., 55 ans, vient de Corse et entre à l'hôpital le 19 octobre 1920. Depuis sept ans se développe, avec un peu de fièvre au début, une tumeur de l'hypocondre gauche qui gagne petit à petit toute la moitié de l'abdomen sans provoquer de grandes douleurs.

Il y a deux mois, évacuation, par vomique, d'abord d'un liquide clair, de saveur salée, ensuite de pus. La vomique dure trois jours. La voussure de l'abdomen s'affaisse. Aussitôt après la tumeur se développe à nouveau.

A l'examen nous constatons une grosse tumeur occupant tout l'hypocondre gauche depuis le diaphragme jusqu'à la crête iliaque et dans le sens transversal, jusqu'à la ligne médiane. Cette tumeur est rénitente, lisse et mate à la percussion. L'examen des autres organes ne montre

rien d'anormal. On ne relève aucun signe fonctionnel urinaire.

La formule leucocytaire est la suivante :

Lymphocytes 32 % Grands mononucléaires 5 %

Polynucléaires 50 % Eosinophiles 13 %

Il ne nous a pas été possible de faire la réaction de Weinberg

Etat général excellent. Pas de température. Nous portons le diagnostic de kyste hydatique de la rate et intervenons le 26 octobre 1920.

Laparotomie transversale sur la partie la plus saillante de la tumeur qui correspond à peu près à l'ombilic. Grosse tumeur bleuâtre, liquide, adhérente au-dessus de l'ombilic à la partie antérieure de l'abdomen, libre dans le reste de son étendue. Les dimensions de la tumeur et ses adhérences rendent l'exploration complète impossible.

La ponction de la tumeur suivie de large incision donne issue à un liquide purulent dans lequel surnagent un grand nombre de vésicules hydatiques, certaines flétries, d'autres claires. Il sort environ 4 litres de liquide. La poche hydatique est soigneusement vidée de tout son contenu. Sa surface interne est velvétique. Nous pratiquons un lavage à l'éther dans tous les recoins avec des tampons montés. Au fur et à mesure que la poche se vide de son contenu sa paroi s'affaisse, poussée par les anses intestinales. Nous avons pu néanmoins nous rendre compte que cette poche adhérait fortement à la surface inférieure du diaphragme au travers de laquelle on sentait les battements du cœur.

Après une toilette minutieuse de l'intérieur de la

poche, fermeture hermétique par un surjet au catgut et nous la fixons à la paroi abdominale qui est refermée par trois plans de sutures.

Les suites opératoires sont des plus simples. Le dixième jour on enlève les points de la peau, la plaie étant cicatrisée par première insertion.

L'abdomen a repris sa forme normale et à la place de la tumeur mate, on trouve la sonorité des anses intestinales.

La malade avait été anesthésiée à l'éther. Aucun signe pulmonaire n'est venu compliquer une guérison extrêmement simple.

SYMPTOMATOLOGIE HABITUELLE

D'après ces observations et en les comparant aux cas de kystes hydatiques du foie que nous rencontrons si souvent nous pouvons dire que, en Tunisie, la symptomatologie de ces kystes n'est point celle décrite par les classiques. Les signes de la période de début sont inexistants. Les malades viennent, se plaignant d'une tumeur qu'ils ont dans le ventre ; assez observateur, se repliant sur lui-même dans son gourbi, l'arabe malade, nous dirions plus volontiers le bédouin ou la femme de la campagne se plaisent à chercher en eux-mêmes ce qui leur cause une certaine inquiétude ; chaque jour, en attendant la grande décision d'aller consulter le médecin, le malade se palpe le ventre, recherche et veut préciser l'organe malade. Il n'est pas rare que, avant de recourir au toubib, les parents, les amis aient été convoqués et conviés à palper d'un doigt interrogateur le siège du mal. Les remèdes d'usage ont été souvent essayés : tatouages, ou pointes de feu généreusement appliquées qui zèbrent de longues cicatrices la paroi abdominale. Et lorsqu'ils viennent consulter, les malades, les femmes surtout, nous prennent la main et, en la dirigeant sur l'endroit malade, nous disent « Chouf » (Vois)

C'est donc presque toujours pour une tumeur, reconnue depuis longtemps par le malade lui-même, qu'on vient

nous consulter ; tumeur ayant évolué lentement, insidieusement et découverte par hasard lorsqu'elle est parvenue à un certain développement. Rares sont ceux qui se plaignent de troubles fonctionnels ; quelques-uns accusent une certaine gêne, sensation de pesanteur vague, sans caractère défini, parfois une légère douleur, sourde, augmentée par la fatigue.

A l'examen du malade debout ou couché, on constate, suivant le siège du kyste, une asymétrie thoracique ou abdominale ; s'il est haut situé, on a une voussure thoracique avec élargissement des derniers espaces intercostaux et la respiration peut prendre le type unilatéral droit. S'il siège à la partie inférieure, la tumeur bombe sous la paroi abdominale, débordent le rebord des fausses côtes et mobile sur les mouvements de la respiration.

A la palpation on trouve une tumeur généralement indolore, arrondie, régulière, généralement résistante et n'altérant pas la forme générale de la rate sauf en cas de gros kyste central. Son volume est variable, pouvant aller d'une orange à une tête d'adulte. Percue le plus nettement au-dessous du cartilage de la dixième côte, en face de la partie externe des muscles larges, cette tumeur fait nettement corps avec la masse sous-costale de la rate.

La percussion révèle une zone de matité faisant suite à la projection de l'aire splénique ; elle est d'étendue variable, pouvant rejoindre celle du foie, pouvant, en bas, être interrompue par une zone sonore due à une interposition intestinale.

Un point important est sa mobilité : sauf en cas d'adhérences immobilisant la rate, la tumeur suit les mouve-

ments respiratoires ; elle est très peu mobile transversalement, retenue dans ce sens par le pédicule splénique, mais elle est mobile de haut en bas, d'avant en arrière, pouvant arriver à donner le contact lombaire et peut également avoir un mouvement de bascule autour d'un axe imaginaire qui passerait par le pédicule.

La radioscopie donne une ombre « tracée au compas » et, dans les cas difficiles, une radiographie après pneumopéritoine peut aider le diagnostic.

Nous faisons remarquer que ces symptômes sont ceux des kystes à évolution abdominale, de beaucoup les plus fréquents, les seuls, pour ainsi dire, que nous avons à observer. De plus, une rate hypertrophiée tend, d'elle-même, par son propre poids, à dépasser le rebord des fausses côtes et nous comprendrons par suite qu'un kyste, développé au pôle inférieur, au niveau du bord antéro-externe, au niveau de la face interne ou dans le ligament gastro-splénique tend à apparaître dans l'hypocondre gauche sous les muscles larges.

Nous avons vu la rareté du frémissement hydatique.

La bande de sonorité colique gauche n'est pas modifiée.

Les signes de compression des organes voisins sont généralement discrets : dans un cas, le malade se plaignait de gêne après les repas ; à l'opération on a trouvé un kyste très volumineux, très adhérent au côlon et occupant jusqu'au contact de l'estomac le ligament gastro-splénique.

Nous voyons combien le chapitre de la symptomatologie est écourté ! Quelle aide peut apporter le laboratoire au diagnostic des kystes hydatiques ? De nombreuses

recherches dans ce sens ont été faites à l'Institut Pasteur de Tunis sur des malades de l'Hôpital Sadiki, tant sur des porteurs de kystes que sur des non-porteurs. M. Burnet, Sous-Directeur de l'Institut Pasteur et M. Caillon ont bien voulu nous faire part de leurs travaux qui seront publiés par l'Institut Pasteur de Tunis ; voici quels résultats ils ont obtenus :

EOSINOPHILIE.

Sur 104 malades non porteurs de kystes :

Avaient moins de 3 éosinophiles 72

— de 4 à 5 — 12

— de 6 à 10 — 19

— plus de 10 — 1

Soit 32 sur 104 = environ 30 % de cas d'éosinophilie.

Sur 39 malades porteurs de kystes :

Avaient moins de 3 éosinophiles 28

— de 4 à 5 — 4

— de 6 à 10 — 5

— plus de 10 — 2

Soit 11 sur 39 = environ 28 % de cas d'éosinophilie.

La proportion est donc à peu près la même.

PRÉCIPITÉACTION DE FLEIG ET LISBONNE.

Les réactions ont été faites à 40 degrés et 42 degrés pendant une heure et à 35 degrés pendant cinq-six heures avec des antigènes variés : humain et animaux : bœuf, mouton. Sur 21 sérums de porteurs de kystes comme sur

30 sérums de non porteurs de kystes, aucun résultat positif n'a été obtenu.

RÉACTION DE WEINBERG

Une première série de réactions faite pendant l'hiver 1925-1926 avec de l'antigène mouton (technique Calmette et Massol) a donné :

sur 22 porteurs de kystes : 2 réactions positives et une faiblement positive, douteuse, soit 9 %.

De plus la réaction a été positive dans un cas de tumeur non kystique du foie et dans un cas d'abcès du poumon.

Une seconde série a été faite pendant l'hiver 1926-1927. Sur cinq porteurs de kystes :

une réaction positive, soit 20 %. Sur 39 non porteurs : deux réactions positives (l'une dans un cas de pseudarthrose de l'humérus gauche, l'autre opéré de cholécystectomie), soit 5 %.

Une troisième série a été faite sur des malades déjà opérés : elle a donné des résultats variables qui n'ont qu'un intérêt théorique, la confirmation ou l'infirmité du diagnostic important peu au chirurgien lorsque son intervention remonte à plusieurs jours déjà.

INTRADERMO-RÉACTION DE CASONI.

Elle a été pratiquée chez tous les malades avec :

1° Un liquide hydatique humain ou un mélange des liquides humains.

2° Un liquide hydatique animal (bovin ou ovin) ou avec un mélange de liquides animaux ;

3° Du sérum physiologique ;

4° Du bouillon peptoné ordinaire,

Et voici les résultats obtenus :

Sur 106 malades cliniquement non porteurs de kystes :

Avec les antigènes humains :

35 réactions positives après 1/2 heure, soit 33 %.

29 — — — 2 heures, soit 28,5 %.

12 — — — 24 heures, soit 11 %.

Avec les antigènes animaux :

5 réactions positives en moins.

Avec le bouillon :

25 positives, toutes chez des malades ayant présenté
des réactions positives avec un antigène.

Avec le sérum physiologique :

aucune réaction positive.

Sur 37 malades porteurs de kystes :

Avec les antigènes humains :

14 réactions positives après 1/2 heure, soit 37,8%.

11 — — — 2 heures, soit 29,9 %.

5 — — — 24 heures, soit 13,50 %.

Avec les antigènes animaux :

résultats à peu près analogues.

Avec le bouillon :

réaction positive chez les mêmes malades qui présen-
taient la réaction positive avec l'antigène.

Devant ces résultats nous ne pouvons qu'adopter les conclusions de M. Brun à la Société de Chirurgie : « Les examens de laboratoire, en matière d'échinococcose, n'ont pratiquement aucune valeur. Nous allons même plus loin. Si de pareils procédés étaient à ce point précis qu'ils

puissent nous révéler un kyste hydatique, même à son début, en serions-nous plus avancés ? Nous ne le pensons pas, car, tant que l'échinococcose demeurera cliniquement cachée, où irions-nous la chercher ? Lorsqu'elle apparaîtra, les examens de laboratoire n'auront plus un bien grand intérêt. La radiographie pour les kystes du poumon, de la plèvre et pour certains kystes du foie, la clinique pour les autres localisations seront d'un bien autre recours.

Nous ne devons jamais oublier, en effet, que l'échinococcose apparaît sous la forme de tumeurs qui, par leurs caractères cliniques, rentrent dans les cas de tumeurs où l'intervention chirurgicale s'impose sans discussion.

Il paraît inutile, dans ces conditions, de régler la conduite d'un chirurgien sur un supplément d'informations fournies par le laboratoire. Si un examen de laboratoire négatif devait, en effet, nous faire rejeter l'intervention, 80 % des cas de kystes hydatiques ne seraient pas opérés en Tunisie. »

DIAGNOSTIC

Quelque paradoxale que puisse sembler cette affirmation nous pouvons dire que le diagnostic de kyste hydatique de la rate est pour nous un diagnostic facile ; il est facile en Tunisie parce que notre attention est constamment en éveil et que, systématiquement, devant toute tumeur, quel que soit son siège, lorsqu'elle n'est point expliquée par une étiologie et une symptomatologie habituelles, nous prévoyons un kyste hydatique. On pourrait, sans grande crainte de se tromper, l'affirmer lorsqu'on est en présence d'une tumeur indolore, à début insidieux et qui se développe progressivement, sans réaction sur l'état général, sans troubles fonctionnels marqués. Il est difficile, ce diagnostic dans tout autre pays où l'échinococcose est une exception, où on ne peut y penser quotidiennement et où elle n'est souvent qu'une trouvaille d'autopsie.

Vis à vis du kyste hydatique de la rate nous nous trouvons en présence du problème suivant : La tumeur de l'hypocondre gauche est-elle une tumeur de la rate ? Si c'est une tumeur de la rate, est-ce un kyste hydatique ?

On éliminera les tumeurs abdominales mobiles : kystes d'origine génitale, kystes du mésentère.

On éliminera également un gâteau de péritonite locali-

sée, tuberculeuse ou cancéreuse, par les symptômes associés.

Un gros lobe gauche du foie s'accompagne d'une hypertrophie du lobe droit ; d'ailleurs on peut se rendre compte que le bord inférieur de cette tumeur se continue avec le bord inférieur du lobe droit.

Les kystes du pancréas sont profonds, souvent très douloureux.

Un cancer de l'angle gauche du côlon n'arrivera jamais à un volume aussi marqué sans avoir provoqué des phénomènes d'obstruction et la radioscopie précisera le diagnostic.

Le gros diagnostic, difficile parfois et où la radiographie elle-même n'apporte pas toujours une certitude doit être fait avec les tumeurs du rein.

Nous savons que la ptose du rein gauche est très rare ; lorsqu'elle existe, elle s'accompagne presque toujours d'une ptose viscérale plus complète.

Les tumeurs du rein présentent le plus souvent des symptômes urinaires, leur masse est plus profonde, on a les phénomènes de ballottement rénal et de contact lombaire ; cependant nous avons vu qu'une rate portant un kyste hydatique peut donner ce phénomène de contact lombaire. La radiographie, la pyélographie peuvent mettre sur la voie du diagnostic. La grosse difficulté serait de reconnaître une volumineuse hydronéphrose ; le cathétérisme des uretères seul pourrait, avec ou sans pyélographie, donner la clef du diagnostic. De même pour un kyste hydatique du rein qui évolue non pas comme une tumeur rénale, mais comme une tumeur abdominale.

On est donc arrivé au diagnostic de grosse rate. On éliminera facilement les affections où la grosse rate n'est qu'une note symptomatique au milieu d'un tableau clinique plus complexe, nous voulons dire : les leucémies, les ictères hémolytiques, l'érythrocytémie, les cirrhoses, les maladies infectieuses aiguës.

Notre grosse rate est une tumeur isolée, indolore, à début insidieux, à développement progressif sans réaction sur l'état général, sans troubles fonctionnels, immobile avec les mouvements respiratoires, peu ou pas mobile transversalement, mate, non douloureuse à la percussion. A quoi pourrait-on songer en Tunisie ?

Le kala-azar est une maladie de l'enfance.

On éliminera les affections exceptionnelles de la rate : la maladie de Banti qui, dans sa première période, est une splénomégalie totale ; on reconnaît toujours le bord inférieur de la rate avec une encoche nette ; de plus, cette maladie est accompagnée souvent de douleurs et d'hémorragies multiples.

Une autre forme de splénomégalie, qui s'apparente cliniquement à la maladie de Banti a été décrite par Nanta d'Alger sous le nom de splénomégalie granulomateuse bactérienne. La ponction de la rate, dit Nanta, ramène des éléments cellulaires dont la cytologie de type granulomateux myéloïde est caractéristique.

Parlons du paludisme. Très répandu en Tunisie, il est responsable du plus grand nombre de splénomégalies chroniques que nous rencontrons ; en dehors de l'étude hématologique qui, en faisant retrouver l'hématozoaire, tranche le diagnostic, l'hypertrophie de la rate se fait en

masse, on reconnaît toujours son incisure. Lorsque l'organe atteint un très gros volume, le malade présente cette anémie si caractéristique, ce teint terreux, bien spécial, des poussées de température et, à ce moment-là, souvent de l'ascite nettement décelable. Or nous devons dire que jamais nous n'avons rencontré d'ascite avec un kyste hydatique du foie ou de la rate et cesigne a pour nous une grosse valeur.

Quant aux affections qui, en déformant la rate, pourraient être cliniquement un sujet d'erreur, nous voulons dire : la tuberculose primitive, la syphilis tertiaire, la maladie de Gaucher, leur diagnostic ne se pose pas avec la même importance. Les quelques cas de tuberculose primitive de la rate, exceptionnels, n'ont été que des trouvailles au cours d'une laparotomie exploratrice ; leur diagnostic, même pièce en main, est difficile.

La maladie familiale de Gaucher débute dans le très jeune âge.

La syphilis tertiaire de la rate est plutôt scléreuse et atrophique ; les cas de splénomégalie sont rares et l'intervention seule pourrait laisser supposer sa nature.

Le sarcome de la rate, caractérisé par l'augmentation rapide du volume, apparaît chez des gens relativement âgés, s'accompagne de douleurs et donne lieu à une tumeur formée de nodosités multiples assez volumineuses.

Les angiomes, les lymphangiomes sont des raretés.

En résumé : le diagnostic de tumeur de la rate peut être très difficile avec un gros rein. En Tunisie, la nature de cette tumeur de la rate se précise suffisamment par son mode d'apparition et d'évolution clinique : à coup sûr,

chez une personne jeune et en bonne santé, quand on peut affirmer qu'il s'agit d'une grosse rate, on peut affirmer qu'il s'agit d'un kyste hydatique.

Deux questions restent à préciser : Le kyste est-il simple ou complexe ? Si on ne trouve pas le frémissement hydatique, il est impossible de se prononcer.

Le kyste est-il suppuré ? Un peu de température, un état infectieux léger peuvent être en faveur de la suppuration d'un kyste, mais il semble que, habituellement, elle évolue à faible bruit.

Nous avons discuté notre diagnostic en pensant toujours aux cas les plus fréquents que nous avons vus, c'est-à-dire à ceux du bord antéro-inférieur et de la face interne qui se sont montrés à nous avec une évolution antérieure, abdominale.

Il est bien évident qu'un kyste se développant à la partie postérieure ou au bord supérieur de l'organe et, par ce fait même, poussant la rate vers le bas, pourrait nous montrer un bord où les incisures habituelles seraient constatées ; mais là, le bord aurait sa forme et sa consistance normales ; la radiographie viendrait aider au diagnostic car en présence de cette grosse rate que n'expliquerait pas le paludisme ou devrait penser toujours au kyste hydatique.

EVOLUTION ET COMPLICATIONS

L'évolution des kystes hydatiques de la rate est celle de tous les kystes hydatiques en général, ils n'ont que rarement tendance à la guérison spontanée et, pour notre part, nous n'avons jamais rencontré, au cours d'autopsies, des kystes hydatiques ayant subi une involution ou la nécrose aseptique de Chauffard.

Ils présentent parfois des périodes d'immobilité, mais, plus ou moins rapidement, augmentent de volume pour donner lieu à trois sortes de complications :

LA COMPRESSION DES ORGANES VOISINS, plus ou moins accentuée.

Le malade de notre observation III présentait de la constipation et des douleurs au creux épigastrique arrivant jusqu'à l'hypocondre droit.

Celle de l'observation VIII accusait une gêne après les repas et celle de l'observation IX était constipée, présentait des digestions difficiles ; tous symptômes dus vraisemblablement au volume de la tumeur et qui se seraient accentués avec le développement de ces kystes.

LA SUPPURATION.

Elle est possible dans toutes les localisations de kystes ; généralement peu virulente, sauf en cas de microbes anaé-

robies. elle peut rester latente, sans signes généraux marqués. La malade de notre observation V, dont le kyste était supposé, présentait cependant un mauvais état général avec une température peu élevée. Nous pensons d'ailleurs que cette suppuration avait amené chez elle une légère rupture du kyste suivie d'échinococcose secondaire.

LES RUPTURES.

Elles sont en effet de deux sortes : traumatiques, pouvant aller de la simple fissuration à un véritable éclatement du kyste, ou spontanées, après la suppuration.

Quel que soit le siège des kystes, la rupture peut amener des symptômes d'intoxication constituant « l'anaphylaxie hydatique » de Chauffard et Boidin, troubles variables suivant leur intensité ; tantôt bénins : urticaire, accès de fièvre, troubles digestifs ; tantôt graves : syncope, collapsus cardiaque, œdème pulmonaire ; tantôt mortels, constituant le shock hydatique.

La malade de notre observation IX, porteuse d'un kyste complexe non suppuré, présentait de l'amaigrissement ; faut-il voir ici un trouble léger d'anaphylaxie hydatique, dû à une fissuration, ou bien un début de la « cachexie hydatique » de Quénu et Duval, se caractérisant par la perte de l'appétit et des forces, de l'amaigrissement, puis des palpitations, de l'anémie, de la pigmentation de la peau et qui serait due à « une imprégnation de l'organisme par les toxines hydatiques dialysant lentement à travers la membrane parasitaire » (Dévé)? La question est difficile à trancher.

Dans notre observation V il semble que l'amaigrissement soit dû ou bien à la suppuration elle-même du kyste, ou bien à des phénomènes d'anaphylaxie puisque nous pensons que cette suppuration a pu être suivie de rupture et d'échinococcose secondaire dont les kystes multiples de l'épiploon seraient une signature.

L'échinococcose secondaire du péritoine est en effet une des suites les plus fréquentes de la rupture d'un kyste de la rate. L'ouverture dans la plèvre et le poumon est plus rare, comme le sont les kystes supérieurs, elle nécessite une adhérence aux diaphragme et, pour notre part, nous ne l'avons jamais rencontrée. Dans le cas, cité plus haut, de notre confrère, les kystes de la rate et du poumon étaient nettement indépendants. Mais l'observation de Zwirn est un beau cas de kyste de la rate évacué par vomique.

TRAITEMENT

Il importe donc de traiter le kyste dès qu'il a été diagnostiqué et le traitement des kystes hydatiques doit être uniquement chirurgical.

La ponction thérapeutique, suivie ou non d'injection, avec tous ses dangers d'intoxication, d'infection, d'ensemencement et de récidives est, depuis longtemps, abandonnée.

L'action des rayons X qui feraient éclater les scolex a été étudiée et José Arcé de Buenos-Ayres a pu citer 3 résultats positifs sur 7 observations. Mais la question n'est pas encore suffisamment au point, semble-t-il, pour qu'il soit possible de considérer cette méthode comme une thérapeutique certaine.

La conduite à tenir nous est dictée par l'anatomie pathologique si bien décrite par Dévé : « On doit réserver le nom de kyste à la capsule fibroïde qui entoure, qui enkyste le corps étranger parasitaire. Cette enveloppe adventice fait partie du viscère envahi ; ce n'est pas une membrane indépendante. Elle se continue, en dehors, sans aucune limite nette, sans aucun soi-disant plan de clivage intermédiaire, avec le tissu hôte dont elle ne représente qu'une sorte de feutrage scléreux. Jamais elle

n'adhère à la vésicule parasitaire sur laquelle elle se moule.

Un triple processus : toxique, inflammatoire et mécanique, préside à la formation de la capsule adventice. Le dernier processus se traduit par une atrophie locale du viscère, du fait de la distension exercée par la vésicule échinococcique vivante et croissante. Sous l'influence de cette pression excentrique, combinée avec le processus toxique local, les éléments nobles du parenchyme ambiant disparaissant, tandis que le tissu conjonctif interstitiel subit la transformation scléreuse. Les vaisseaux sanguins de faible calibre s'oblitérent graduellement, par endartérite et endophlébite. Il en résulte que le kyste adventice est, par lui-même, essentiellement avasculaire.

Dans les vieux kystes on a généralement affaire à la forme complexe. Epaissie, sclérosée, superficiellement nécrosée, parfois partiellement calcifiée, la paroi kystique renferme alors un amas de vésicules transparentes, engluées dans un magma d'hydatides affaissées et de débris gélatiniformes. Ordinairement il n'y a plus, en pareil cas, de membrane-mère reconnaissable.

Au début de son développement, la vésicule-mère est acéplalocyste. Dans la règle elle reste telle jusqu'au volume moyen d'une noix, d'un abricot. Au-delà de cette taille, les kystes hydatiques sont exceptionnellement stériles, du moins chez l'homme. Ainsi peut-on poser en règle que la présence de scolex est constante dans les kystes hydatiques qu'on diagnostique et qu'on opère... »

Deux méthodes s'offrent donc à nous : la splénectomie, la méthode conservatrice.

Splénectomie. — Elle a fait l'objet de discussions fort nombreuses, mais, à l'heure actuelle, elle tend de plus en plus à être rejetée et le Congrès de Rome de 1926 semble avoir consacré sa déchéance.

Elle nous semble particulièrement contre-indiquée chez les arabes d'état général souvent déficient, peu nourris, atteints de parasites multiples et très fréquemment en puissance de syphilis.

Les cas d'adhérences au diaphragme et au côlon sont une contre-indication nette, rendant l'opération beaucoup plus difficile et pouvant entraîner, du côté du côlon, des dégâts du péritoine impossibles à réparer.

Peut-être la splénectomie pourrait-elle être défendue dans les cas excessivement rares de kystes multiples trufant la rate et, par leur nombre, impossibles à traiter séparément.

Méthode conservatrice. — Elle comporte plusieurs modalités qui, toutes, ont leurs partisans.

L'énucléation. — On a voulu essayer une extirpation en bloc du kyste en cherchant un plan de clivage ; or ce plan de clivage n'existe dans aucun cas ainsi que nous le démontre l'anatomie pathologique. Nous en avons eu récemment un exemple en opérant un kyste hydatique de l'avant-bras droit développé dans le muscle long supinateur ; ce kyste, d'un volume d'une orange, bien saillant, semblait présenter les conditions les plus favorables pour une énucléation en bloc que nous avons prudemment essayée ; mais très rapidement nous avons dû abandonner cette méthode qui risquait d'entraîner des dégâts considérables et l'évacuation du kyste, suivie de

fermeture, permettait à la malade de quitter l'hôpital, guérie, dix jours après. Combien plus difficile serait une pareille tentative au milieu du parenchyme splénique !

L'*ouverture* du kyste et l'*évacuation* de son contenu s'imposent donc. Nous ne parlerons que pour mémoire des tentatives qui ont été faites, dans les cas de kystes uniloculaires, pour enlever d'un seul bloc la membrane sans la crever ; c'est un tour de force qui ne présente que des inconvénients : très large ouverture de la paroi abdominale et du kyste, danger de rupture de la membrane au moment où on la sort et inondation de liquide hydatique.

Le kyste ouvert, vidé de son contenu et stérilisé, quelle conduite adopter ?

Le *capitonage* a été préconisé par Delbet et des statistiques fort intéressantes ont été publiées, mais on n'est jamais sûr, en appliquant cette méthode à la rate, de ne pas provoquer une hémorragie.

La *marsupialisation* semble avoir des indications de plus en plus restreintes et bien déterminées : lorsqu'on se trouve en présence d'un kyste suppuré à anaérobies. Elle présente plusieurs inconvénients : risques d'éventration, possibilité d'infection et de suppuration de la poche kystique ou d'hémorragie intrakystique.

La *fermeture sans drainage* suivant la méthode de Quénu, semble maintenant généralement adoptée dans tous les cas de kystes clairs et fréquemment dans les cas de kystes suppurés, avec ou sans fixation à la Varsi.

A l'Hôpital Sadiki M. Brun a depuis longtemps adopté la fermeture sans drainage pour tous les kystes clairs ou

suppurés et n'a eu qu'à se louer des résultats obtenus.

Parmi les 10 cas de kystes hydatiques de la rate dont nous avons relaté les observations, on compte 4 décès ; mais la malade de notre observation I avait des lésions de péritonite bacillaire ; celui de l'observation III est mort de dilatation aiguë et celui de l'observation VI de syncope blanche. Celle de l'observation V a succombé après une splénectomie difficile que justement nous rejetons. Par contre 3 kystes simples, 2 kystes complexes et un kyste suppuré ont guéri parfaitement après fermeture immédiate.

En examinant les nombreux cas de kystes hydatiques traités à l'Hôpital Sadiki par la fermeture immédiate nous avons constaté que les accidents généraux n'existent pas et que les accidents locaux, suppuration ou récurrence, sont si exceptionnels que nous estimons devoir adopter définitivement cette méthode, telle que nous l'avons vu pratiquer et dont voici la technique :

INSTRUMENTATION.

4 à 6 pinces à champs opératoires.

1 ou 2 bistouris.

2 pinces à disséquer, mousse et à griffes.

1 sonde cannelée.

8-12 pinces de Kocher.

2-4 pinces de Terrier.

2 pinces ériges.

1 écarteur abdominal de Gosset.

1 écarteur sus-pubien de Doyen, petit modèle.

1 paire d'écarteurs de Hartmann.

2 pinces en cœur.

1 pince à kyste, longue, ovale, à mors taillés.

1 pince languette à pansement.

2 pinces tenailles de Panchet.

1 aiguille mousse de Lucas Championnière.

2 aiguilles de Reverdin, droite et courbe.

Des aiguilles et du fil à sutures intestinales.

1 seringue de Luer de 2 ou 5 centimètres cubes avec aiguilles longues, pour ponction exploratrice.

1 aspirateur électrique.

1 jeu de trocars et de tubes mousses.

1 ballon de 1 litre d'une solution de formol à 4 ‰, stérilisée.

2 cuillers que M. Brun a fait exécuter à Paris par Vincent et qui présentent la forme d'une louche dont la coupe est inclinée d'environ 135 degrés sur le manche, légèrement incurvé à son extrémité ; la coupe de l'une des cuillers a un diamètre de 7 cm. 5, l'autre de 3 cm. 7 ; chaque instrument a une longueur de 34 centimètres. Ces cuillers ont, en résumé, la forme d'une grande curette mousse ; elles permettent, dans les kystes complexes, impossibles à vider par l'aspirateur, l'évacuation complète sans crever les vésicules libres ou adhérentes à la paroi du kyste.

Voie d'abord. — Elle doit être choisie suivant la situation et le volume du kyste.

Elle peut être réglée à l'avance pour aborder une rate petite, cachée sous la coupole diaphragmatique, lorsqu'on veut pratiquer une splénectomie et aller chercher le pédicule ; or nous écartons systématiquement, la splénectomie

et nous estimons que l'incision doit, avant tout, nous amener sur la partie la plus saillante de la tumeur et n'avoir que la longueur nécessaire à la découverte de cette partie saillante. On peut donc, suivant les cas, adopter l'une des incisions suivantes :

Verticale médiane, sur laquelle on pourra brancher une incision soit perpendiculaire, soit oblique ;

Paramédiane, sur laquelle on pourra brancher une incision oblique entamant ou non le gril costal ;

Transversale ;

Oblique sur laquelle on peut brancher une incision verticale ;

Protection du champ opératoire. — Lorsque l'ouverture du péritoine a mis à découvert la paroi du kyste, des grandes compresses sont tassées fortement entre elle et la paroi abdominale et imbibées de solution de formol.

Ponction au trocart relié à l'aspirateur ; si le kyste est simple, aspiration de tout le liquide hydatique, s'il est complexe, les vésicules viennent obturer le trocart et l'aspiration est impossible.

Incision de la paroi du kyste soutenue par deux pinces érignes.

Premier formolage, suivi de l'aspiration de la solution formolée.

Extirpation de la membrane si le kyste est simple ; si le kyste est complexe, évacuation de sa cavité à la cuiller.

Deuxième formolage, suivi d'aspiration et d'assèchement.

Si la paroi du kyste présentait une large surface en dehors du viscère, *résection partielle* de cette paroi.

Fermeture du kyste en bourse qui peut être recouverte par un surjet et fixée ou non à la paroi abdominale.

Fermeture de la paroi.

Nous avons parlé plus haut des résultats obtenus avec cette technique ; ajoutons seulement que nous n'avons jamais observé d'intoxication hydatique post-opératoire.

CONCLUSIONS

1° Les kystes hydatiques de la rate se présentent en Tunisie avec la même fréquence que dans les autres pays où existe l'échinococcose.

2° Les méthodes de laboratoire, actuellement employées pour le diagnostic des kystes hydatiques en général et des kystes hydatiques de la rate en particulier, n'ont pratiquement aucune valeur.

3° La splénectomie doit être rejetée.

4° Le traitement, pour les kystes clairs ou suppurés, est l'évacuation suivie de la fermeture immédiate.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu : le Président de la thèse,
P. DUVAL.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

Dévé. — Les kystes hydatiques du foie.

- Enquête étiologique sur l'échinococcose en Tunisie (Archives de l'Institut Pasteur de Tunis, t. XII, 1923).
- L'échinococcose (Nouveau Traité de Médecine Roger-Widal-Teissier).
- L'intoxication hydatique post-opératoire (Revue de Chirurgie, mai-juin-juillet, 1911).
- Traitement chirurgical moderne des kystes hydatiques non compliqués du foie (Journal de Chirurgie, mai 1910).

Villar. — Pathologie de la rate (Traité de Chirurgie, Le Dentu-Délbet, t. VIII).

Quenu. — Pathologie de la rate (Traité de Chirurgie, Duplay-Reclus, t. VI).

Aubertin et Léon-Kindberg. — Pathologie de la rate (Nouveau Traité de Médecine, Roger-Widal-Teissier).

Lauriol. — L'échinococcose en Tunisie. Les kystes hydatiques suppurés, Thèse de Paris, 1923.

Delamare. — Contribution à l'étude de la suppuration gazeuse spontanée des kystes hydatiques du foie. Thèse d'Alger, 1924.

Maillard. — L'échinococcose en Normandie. Thèse de Paris 1922.

Martin. — Les kystes hydatiques de la rate. Thèse de Paris, 1908.

Abadie d'Oran. — Sur quelques formes exceptionnelles de kystes hydatiques. Utilité de la réaction diagnostique de Fleig et Lisbonne (Congrès de Chirurgie, 1910).

VII^e Congrès de la Société de Chirurgie, Rome, 7-10 avril 1926.

Discussion sur le diagnostic des kystes hydatiques par la réaction de fixation (Société de Chirurgie, 31 mars 1909).

Michon et Bazy. — Kystes hydatiques de la rate (Société de Chirurgie, 30 juin 1909).

Discussion sur les kystes hydatiques de la rate (Société de Chirurgie, 7 juillet 1909).

Dujarier. — Deux observations de kystes hydatiques traités par le formolage et la réunion (Société de Chirurgie, 17 novembre 1909).

Lejars et Parva. — La réaction de fixation dans le diagnostic des kystes hydatiques du foie (Société de Chirurgie, 24 mars 1909).

— Nouveaux documents sur la réaction de fixation dans les kystes hydatiques (Soc. de Chir., 7 juillet 1909).

Brun. — Quatre cas de kystes hydatiques suppurés du foie et un cas de kyste suppuré du mésocôlon descendant traités par la fermeture de la poche sans drainage et suivis de guérison (Société de Chirurgie, 7 juillet 1920).

Brun et Lauriol. — Onze observations nouvelles de kystes hydatiques suppurés traités par la fermeture sans drainage (Société de Chirurgie, 10 janvier 1923).

Dupont (R.). — Kystes hydatiques suppurés multiples traités avec succès par le capitonage (Société de Chirurgie, 6 juin 1923).

Brun. — De la valeur respective de certains signes cliniques et de certains examens de laboratoire dans le diagnostic de l'échinococcose d'après 250 cas opérés (Société de Chirurgie, 2 avril 1927).

Nanta. — Une splénomégalie granulomateuse bactérienne (Journal médical français, juillet 1926).

— Existe-t-il une splénomégalie algérienne ? (L'Algérie médicale, février 1927).

Pinoy et Nanta. — Sur l'existence fréquente d'une mycose de la rate en Algérie (L'Algérie médicale, février 1927).

Nanta-Pinoy et Grunz. — Sur certaines splénomégalies granulomateuses, à caractères cliniques du type Banti, de nature infectieuse (Société de Biologie, 6 mars 1926).

Aubertin. — Les indications médicales de la splénectomie (Journal médical français, juillet 1926).

Weill (P. E.) et Chevalier (P.). — La rate amyloïde (Journal Médical Français, juillet 1926).

Léon-Kindberg (Michel). — La maladie de Banti (Journal médical français, juillet 1926).

Braquehay. — Note sur 77 cas de kystes hydatiques (Revue tunisienne des Sciences médicales, août 1922).

Brun et Lauriol. — L'échinococcose dans le milieu indigène en Tunisie (Revue tunisienne des Sciences médicales, octobre 1922).

Ronchot. — La splénectomie dans le traitement de certaines affections médicales (Revue tunisienne des Sciences médicales, janvier 1927).

Thiellé (Mlle). — Quelques recherches sur la réaction de Weinberg pratiquées à l'Institut Pasteur de Tunis (Archives de l'Institut Pasteur de Tunis, t. XII, 1923).

Zwirn. — Kystes hydatiques suppurés traités par incision et fermeture immédiate. Guérison rapide (Marseille Médical, 15 avril 1921).

Arcé (José). — L'action des rayons X sur les kystes hydatiques (Société de Chirurgie, 26 novembre 1924).

